FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 130.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 *juillet* 1860,

Par Ange-Victor GUÉPIN,

né à Nantes (Loire-Inférieure),

ancien Interne de l'hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes,
Lauréat de l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de la même ville,
ancien Chef de Clinique au Dispensaire de M. le Dr Desmarres.

DES KYSTES DE L'IRIS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER, Président. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. FOUCHER.
AXENFELD.	GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA, Examinateur.	PAJOT.
CHAUFFARD.	REVEIL.
DELPECH, Examinateur.	RICHARD.
DUCHAUSSOY.	TARDIEU.
EMPIS.	TRÉLAT.
FANO.	VERNEUIL.
FOLLIN.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Docteur en Médecine,
ancien Professeur à l'École secondaire,
et ancien Chirurgien adjoint de l'hôtel-Dieu de Nantes,

MON PREMIER MAÎTRE ET MON MEILLEUR AMI.

A MA BELLE-MÈRE Mme F.-C. GUÉPIN.

Témoignage de l'affection la plus sincère et la plus dévouée.

A MES GRANDS PARENTS.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A M. LE Dr DESMARRES,

Professeur particulier d'Ophthalmologie,
Officier de la Légion d'Honneur.

Agréez, mon très-cher maître, ce témoignage de la plus profonde gratitude pour les savantes leçons et les excellents conseils que vous m'avez toujours donnés.

A M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE,

Professeur au Muséum d'Histoire naturelle,
Membre de l'Institut et de l'Académie impériale de Médecine,
Président de la Société zoologique d'Acclimatation,
Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage de profonde reconnaissance.

A M. MOQUIN-TANDON,

Professeur d'Histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Institut et de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Je ne saurais trop vous remercier du bienveillant intérêt que vous m'avez montré pendant mes études.

Je prie MM. les Professeurs de l'École préparatoire et mes chefs de service dans les hôpitaux de Nantes d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée.

L'*iris*, ce diaphragme membraneux qui plonge dans l'humeur aqueuse et qui sépare les deux chambres de l'œil, peut devenir le siége de différentes tumeurs. Les auteurs les ont divisées en bénignes et en malignes ; d'autres, et c'est peut-être la meilleure classification. les ont divisées en tumeurs solides et en tumeurs non solides.

Toujours est-il que l'iris peut-être le siége :

1° D'*abcès*, qui ne sont alors qu'un mode de terminaison particulier d'une phlegmasie de l'iris.

2° De *condylomes*, qui le plus souvent sont symptomatiques d'une affection syphilitique constitutionnelle ; on a voulu en faire un signe pathognomonique de la syphilis. Cette opinion est beaucoup trop absolue, et si, dans la plupart des cas, les condylomes sont syphilitiques, il existe des faits qui prouvent qu'ils peuvent aussi se développer chez des sujets dont l'iris est déjà malade, sans qu'il y ait jamais eû de syphilis dans les antécédents du sujet.

3° De *papules syphilitiques*, qui correspondent toujours avec des accidents identiques de la peau.

4° De *tubercules*. M. Desmarres a, dans son livre, rapporté deux faits de tubercules iridiens chez des sujets atteints d'éléphantiasis.

5° De *tumeurs hématiques* ou *vasculaires*. Maître-Jan en a donné une bonne observation; plus tard Bettenrich, en Allemagne, observa un fait semblable. Delarue, dans son traité (Paris, 1824), leur consacre un chapitre assez court, sous le titre *excroissances fongueuses de l'iris*. On a noté aussi des tumeurs de la cornée, qui, au pre-

mier abord, semblent venir de l'iris; MM. Desmarres et Robin en ont donné la description.

6° De *kystes*. C'est cette dernière variété de tumeurs de l'iris que nous nous sommes proposé d'étudier. Nous en avons rencontré deux cas à la clinique de M. le Dr Desmarres, et avons recherché les observations déjà publiées. C'est avec ces documents que nous allons essayer leur histoire.

Nous nous sommes proposé de définir les kystes de l'iris, de présenter le résumé succinct des faits déjà observés, en le faisant suivre des observations que nous avons recueillies; puis des faits découlera la pathologie. Cette étude ne sera certes pas aussi complète que possible. On nous pardonnera certaines omissions, si l'on veut bien se rappeler que c'est la première fois que l'on réunit en corps les documents jusqu'ici épars dans les recueils périodiques.

Nous avons joint à notre travail le dessin des kystes que nous avons fait d'après nature; pour mieux montrer les détails, nous avons beaucoup grossi les objets. M. Lackerbauer a bien voulu se charger de donner une physionomie artistique à nos deux esquisses, qui n'avaient d'autre mérite que l'exactitude.

DES

KYSTES DE L'IRIS.

Les auteurs ont décrit, sous le nom de *kystes de l'iris*, des tumeurs situées dans la chambre antérieure, glauques, blanc bleuâtre, ou même roux, plus ou moins translucides, de forme ovoïde déprimée antéro-postérieurement par la cornée en avant et le cristallin en arrière.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter si ces tumeurs sont réellement des kystes. C'est quand nous ferons l'anatomie pathologique que nous pourrons traiter cette question; alors nous verrons quelle est la nature de l'enveloppe et pourquoi la tumeur est aplatie.

Notre intention n'a été que de présenter une simple définition.

HISTORIQUE.

Les différentes tumeurs de l'iris n'ont pas été connues à la même époque. Maître-Jan, et plus tard Rittenrich, Venzel, Delarue, ont étudié les différentes tumeurs solides. Mais le premier auteur qui ait signalé l'existence des kystes est le professeur Mackenzie, de Glascow, qui, en 1832, dans son savant traité des maladies de l'œil, donnait la première observation; il en joignit bientôt une seconde. Ce ne fut que neuf ans après, en 1841 (*Monthly journal of med. science*), que M. Turner, de Keith, publiait le troisième cas. En 1844, M. Dalrymple (*Lancette,* august 1844) en donna une nouvelle observation; M. Warthon Jones (*Lancette*, 23 june 1852) en fit connaître une

autre. En septembre 1852, M. White Cooper fit suivre la publication de deux cas qu'il avait soignés, de quelques remarques sur la nature et le mode de production des kystes (*London journ. of medicine*, 12 septembre 1852).

Tel était l'état de la question, quand, en 1854, parut, dans la *Gazette hebdomadaire*, l'histoire d'un kyste observé par M. Richard, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Cette observation, la plus complète qui eût encore été publiée, fit sensation, et M. Walton, pendant le temps qui s'écoula entre le moment où M. Richard soignait son malade et celui où il en publiait l'observation, fit connaître (*Ann. d'oculistique*, t. XXXII) un cas qu'il venait de rencontrer.

Bientôt après, M. Stœber, de Strasbourg, publia l'observation (*Gazette hebdomadaire*, 1855) d'un enfant qu'il avait soigné il y avait déjà longtemps, et il en présenta une observation fort détaillée, qui est curieuse à plus d'un titre. M. Combessis, la même année, publia, dans le même recueil, un cas de kyste irien qui, par sa marche très-lente et le peu d'accidents qu'il causait, mérite d'être rapporté. Enfin, en 1857, dans la traduction de M. Mackenzie, faite par M. Testelin et Warlomont, M. Dixon ajouta une dernière observation. En 1854, M. Bowman avait publié dans les *Annales d'oculistique* quelques lignes concernant l'anatomie pathologique des kystes qui nous occupent; ce savant chirurgien était d'un avis contraire à celui de M. Mackenzie, quant au siége de la tumeur, et il eut le bonheur de faire partager son opinion à l'oculiste de Glascow.

Depuis nous n'avons plus rien trouvé concernant notre sujet.

OBSERVATION Ire.

(Mackenzie, *Maladies de l'œil*, traduction Testelin et Warlomont.)

J'ai vu, dit Mackenzie, un kyste se former dans l'œil *à la suite d'une blessure;* ce kyste était semi-transparent, et paraissait rempli d'un liquide ténu; mais, comme il n'augmentait pas de volume et *n'occasionnait pas de souffrances*, on n'y toucha pas.

OBSERVATION II.

(Même auteur que la précédente.)

Une dame présentait un kyste de l'iris qui occasionnait de *très-vives souffrances.*

Trois ponctions amenèrent la guérison du kyste et le rétablissement de la vue.

Nous ferons remarquer que dans cette observation, il n'est nullement question d'une blessure de l'œil ayant précédé le développement du kyste.

OBSERVATION III.

M. Turner, de Keith, observa, en 1841, une femme âgée de 62 ans, et atteinte d'une tumeur enkystée de l'iris, qui occupait la plus grande partie de la chambre antérieure; cette tumeur fut ponctionnée, le liquide qu'elle contenait s'échappa avec l'humeur aqueuse, le kyste s'affaissa.

Cette tumeur causait *une très-vive inflammation ;* il n'est pas parlé de traumatisme de l'œil.

OBSERVATION IV.

(Recueillie par M. Dalrymphe (*The Lancet*, 1845 au London ophthalmic hospital. Cette observation est bien plus complète que les précédentes.)

Hannah P....., âgée de 16 ans, fille d'une très-belle apparence, demeurant à Essex, fut admise, en 1844, au Royal ophthalmic hospital, et confiée aux soins des Drs Farre et Dalrymple.

Dans la chambre antérieure de l'œil gauche, on voyait un corps arrondi, plutôt ovale, ayant l'apparence d'un kyste gélatineux. Cette tumeur était adhérente au grand cercle de l'iris et à la face postérieure de cette membrane ; son bord supérieur et sa face externe semblent libres ; la tumeur, d'un bleu azuré, légèrement opalin, avait quelque ressemblance avec un cristallin luxé et qui commence à devenir opaque. La tumeur envahit une partie du champ de la pupille, et à travers ce kyste on entrevoit le fond noir de l'œil.

Du reste l'œil n'était nullement enflammé ; il était cependant irritable, et toujours baigné de larmes.

Pendant six semaines, on tint la malade en observation, et la vue diminua sensiblement pendant cette période.

Puis ensuite Hannah fut soumise à un traitement mercuriel, plutôt pour éclai-

rer le diagnostic que dans le but d'obtenir la résolution : ce traitement resta sans résultat.

4 juillet 1844. Comme cette tumeur prenait la marche d'une tumeur hydatique, on en pratiqua la ponction : il en sortit un liquide séreux, le kyste s'affaissa, et la pupille fut à peu près libre; mais l'œil s'irrita, et la tumeur reprit bientôt son volume primitif.

Le 22, le liquide fut de nouveau évacué, et il ne resta que les membranes qui l'enveloppaient.

La malade fut de nouveau mise en observation ; au 6 juillet, les parois kystiques étaient rétractées, et la pupille était libre.

OBSERVATION V.

(Cette observation a été publiée par M. Jones Wharton, *The Lancet*, june 1852, p. 568.)

Edward R....., âgé de 5 ans, est admis, le 8 septembre 1851, dans le service de M. Wharton Jones ; un an et demi avant, il s'était blessé l'œil gauche avec une fourchette ; il fut admis à Charing-Cross hospital, et y fut soigné pendant trois semaines. Au dire de la mère, à sa sortie l'enfant voyait aussi bien qu'auparavant.

Depuis, l'œil continua à être en parfait état, quand, il y a deux mois, il devint le siége d'une phlegmasie, qui s'accompagnait de photophobie et d'écoulement de larmes abondantes. Au bout de six semaines, l'enfant fut présenté deux fois à la consultation externe de Charing-Cross ; depuis, il vit un médecin qui éclaira la mère.

A son entrée à l'hôpital de l'Université, on vit dans la chambre antérieure un corps large transparent, et si ressemblant au cristallin, qu'au premier moment on pensa à une luxation de la lentille. Un examen plus approfondi démontra qu'on avait affaire à un kyste séreux à parois délicates, faisant saillie dans la chambre antérieure ; l'iris était arraché de ses insertions ciliaires en bas ; on voyait à cet endroit la plaie causée par la fourchette, et qui avait décollé partiellement l'iris.

Une première ponction amena l'affaissement de la paroi kystique ; mais, en octobre, M. Wharton fut obligé de nouveau d'y recourir : le kyste s'affaissa de nouveau; mais bientôt la conjonctive rougit en un point, il y eut de la photophobie. L'enfant retourna dans sa famille.

17 novembre. L'enfant revient. Les parois du kyste sont le siége d'une suppuration, la paroi antérieure est vascularisée. Malgré un traitement antiphlogistique énergique, le pus se fit jour à travers la sclérotique, l'exsudation se résorba, il n'en resta qu'à la partie inférieure sous forme d'une tache jaunâtre; la résor-

ption est aidée par l'usage du calomel. Le soixante-troisième jour, l'enfant est guéri ; la vue est excellente.

Remarquons que des accidents nombreux ont eu lieu pendant le traitement; la suppuration des parois est la règle dans la guérison du kyste par la ponction.

A la fin de son observation, M. Wharton déclare que la ponction seule doit être employée, et parle de résultats désastreux causés par l'extirpation du kyste. Nous aurons à revenir sur l'opinion de M. Wharton; mais nous ne pensons pas que l'excision d'un lambeau d'iris puisse occasionner, aussi fréquemment, la ponction que des accidents inflammatoires.

OBSERVATION VI.

(W. Cooper, *London medicine journal*, septembre 1852.)

En février, un enfant, âgé de 9 ans, se frappa violemment l'œil.

Aussitôt après, de vives douleurs se manifestent; elles devinrent rapidement insupportables, et il vint réclamer les soins d'un médecin. Tout de suite on crut que l'affection était due à une éraillure légère, due sans doute à un coup d'ongle. On reconnut ensuite l'existence d'un petit kyste gros comme une perle. Comme, du reste, cette petite tumeur ne gênait en rien la vision, on crut devoir n'y pas toucher, dans la crainte d'accidents consécutifs à une ponction ou à une excision. Cependant le kyste s'accrut peu à peu, obstrua la pupille, et, au mois de mai, il occasionna une violente inflammation. Les douleurs étaient intolérables, et le volume de l'œil était notablement augmenté. Le 30, on résolut l'opération: la cornée est ponctionnée avec le couteau de Jæger, la base de la tumeur est saisie avec des pinces fines; sa dureté est telle que les pinces glissent sans laisser d'empreinte. L'incision de la cornée est augmentée, de fortes pinces sont introduites; on pratique la rupture de la paroi, qui a la résistance du cartilage. On chercha à couper avec des ciseaux l'attache du kyste au ligament ciliaire qui était au côté interne; on reconnut que le kyste s'était développé près de la face postérieure de l'iris, et avait remonté au devant du cristallin pour venir faire hernie dans la chambre antérieure par l'orifice pupillaire.

A cause de ses adhérences à l'iris, le kyste ne put être complétement enlevé; cependant les douleurs cessèrent, la santé redevint bonne, et la vue fut améliorée.

Nous remarquerons que l'excision du kyste n'a pas entraîné les grands accidents redoutés par M. Wharton Jones, et cependant il restait dans l'œil des lambeaux d'un kyste à parois résistantes; ce n'était, à notre avis du moins, qu'une cause d'inflammation de plus.

OBSERVATION VII

(publiée par M. White Cooper, *ibid.*).

Le sujet, qui avait 22 ans, se frappa violemment l'œil sur le coin d'une malle. En octobre 1850, il s'ensuivit une ecchymose des paupières, et une tumeur rougeâtre de la chambre antérieure, qui fut au début prise pour un corps étranger; mais bientôt on reconnut que c'était là un kyste. En septembre 1851, le kyste remplissait toute la chambre antérieure, empiétant sur la pupille et repoussant l'iris; il était alors blanchâtre, transparent, et à parois délicates; ce kyste avait gagné peu à peu l'attache irienne au ligament ciliaire, et il s'étendait au delà.

Le malade éprouvait un sentiment de plénitude, tension dans l'œil, qui du reste était péniblement affecté par la lumière.

On pratiqua une première ponction, qui fut suivie d'*inflammation;* le kyste redevint de nouveau volumineux, fut ponctionné de nouveau, et on eut soin de déchirer la paroi. La guérison suivit cette seconde opération.

OBSERVATION VIII

(publiée en 1854, par M. H. Walton, *Association medical journal*).

Une jeune fille, âgée de 6 ans, se blessa l'œil droit avec des ciseaux; la perte de la vue s'ensuivit. A l'âge de 18 ans, elle fut examinée par M. H. Walton, qui trouva l'œil enflammé et en voie d'atrophie; une cicatrice qui s'étendait du bord supérieur de la cornée jusqu'au bord interne de cette membrane, presque au diamètre opposé, indiquait, par un stigmate indélébile, le point où la cornée avait été blessée; il n'y avait du reste pas eu de hernie de l'iris.

La moitié supérieure de la chambre antérieure est occupée par un kyste à demi opaque, qui semble adhérent avec la cicatrice de la cornée, et qui siége sur le bord pupillaire de l'iris. L'iris est refoulé en arrière, aminci, concave. La tumeur est cause de douleurs très-vives.

Ce cas fait voir, dit M. H. Walton, qu'un traumatisme peut être cause d'un kyste de l'iris.

Dans l'observation que nous traduisons, il n'est nullement question de traitement.

Cette observation fut publiée avant celle qui suit, quoique le malade de M. Richard ait été observé avant celui de M. Walton.

OBSERVATION IX.

(Cette observation, la plus complète que nous ayons encore rencontrée, a été publiée par M. Richard, agrégé de la Faculté de Médecine (*Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 1002.)

Un jeune homme de 26 ans entre à l'hôpital, voyant très-bien de l'œil droit; mais, dans l'œil gauche, la vision était abolie depuis trois mois. Blessé, dans son enfance, par un instrument tranchant, il parvint à l'âge de 22 ans, sans se douter de son infirmité. Quatre mois avant l'examen, l'œil gauche s'injecta, devint le siége de douleur qui s'accompagna de photophobie. Voici ce qu'on constate: en haut et en dehors, cicatrice linéaire blanche, derrière laquelle toute la chambre antérieure est occupée par une tumeur limitée en haut par le bord de l'iris, bilobé à son bord libre; la pupille est remplacée par une simple ligne noire, formée par la réunion de ces deux lèvres; la tumeur est lisse, blanchâtre, opaline, et semble contenir un liquide. Après avoir fait disparaître toute trace d'inflammation au moyen de quelques instillations d'atropine, une ponction fut pratiquée à la cornée, et avec des pinces le kyste fut broyé; il contenait un fluide gélatineux, une grande partie fut détruite sur place; il resta enfin environ à peu près un tiers de la tumeur à la partie supérieure de la chambre antérieure; la pupille fut rétablie en partie, mais elle resta irrégulière, et retenue par une synéchie; la vue fut rétablie seulement en partie. Du reste l'opération n'eut aucune suite sérieuse.

OBSERVATION X.

M. le professeur Stœber publia, l'année suivante, dans le même recueil, un autre cas (*Gazette hebdomadaire*, 1855).

Une jeune fille, qui avait reçu sur l'œil un coup violent, vit, trois mois après l'accident, une tumeur se développer; la vue était conservée, mais l'œil s'enflammait facilement, et alors il y avait de la photophobie, de la douleur, du larmoiement: la tumeur transparente, du volume d'un *gros pois*. On essaya de broyer le kyste avec des pinces introduites par une ponction faite à la cornée. Le résultat fut incomplet; le kyste diminua des deux tiers. Au bout de deux mois, la

malade ayant du reste fait des imprudences, le kyste reprit l'aspect et le volume qu'il avait avant l'opération.

OBSERVATION XI.

M. le Dr Combessis, de Beaugeney, a rapporté le fait suivant (*Gazette hebdomadaire*, 1855):

Charles T....., bien portant, âgé de 11 ans; jouait avec une lame d'acier, qu'il faisait plier ; l'objet s'échappa de ses mains, et, par son élasticité, alla blesser l'œil gauche, à la partie interne du globe oculaire. Quelques accidents inflammatoires suivirent cet accident, ils disparurent du reste en quelques jours. Depuis lors l'œil gauche est plus faible et se fatigue plus facilement que l'autre. En mai, un des frères de Charles remarqua qu'il avait quelque chose de blanc sur le bleu de l'œil. La paupière supérieure recouvrait largement le globe; c'est ce qui explique pourquoi la tumeur ne fut pas remarquée plus tôt.

A la partie supérieure de l'iris, on voit une tumeur arrondie, de 5 à 6 millimètres de diamètre, blanche, non transparente, attachée à l'iris par sa base, et faisant saillie dans la chambre antérieure, ressemblant à une perle enchâssée dans l'iris. Un examen attentif montre que l'iris est formé de fibres blanches, tomenteuses, au-dessus desquelles il est facile de reconnaître les fibres propres de l'iris. Ces deux ordres de fibres sont du reste dirigés de haut en bas. La pupille est irrégulière, l'iris manifestement aplati au point qui correspond à l'insertion de la tumeur. On voit très-bien que cet aplatissement est dû au refoulement de l'iris vers le centre de l'iris, par suite du développement de la tumeur. La pupille se dilate par la belladone, mais elle devient plus irrégulière, elle devient alors tout à fait ovalaire. Les fibres de l'iris qui séparent la tumeur de la pupille sont presque cachées par la tumeur elle-même, qui empiète sur le champ pupillaire; même dans ces conditions, le malade n'est nullement gêné.

M. Combessis n'a pu constater si la tumeur avait, en arrière de l'iris, un développement analogue à celui qu'elle présentait en avant.

Comme le kyste ne gênait que peu la vue et ne causait point de douleur, on s'en tint à l'expectation.

OBSERVATION XII.

Dans la traduction du *Traité des maladies de l'œil*, faite par MM. Testelin et Warlomont, M. James Dixon a publié une observation, que nous résumons.

L'auteur déclare d'abord que c'est le premier cas de kyste de l'iris qu'il ait ob-

servé soit dans sa pratique personnelle, soit dans celle de ses confrères, et il insiste sur cette particularité que, malgré trois ponctions successives du kyste, suivies d'une réapparition de la tumeur, dont la paroi antérieure fut cette fois déchirée, cela n'empêcha pas la tumeur de se reproduire de nouveau.

En 1834, Élise S....., âgée de 17 ans, se blesse l'œil droit avec une fourchette à deux dents; une des dents blessa la sclérotique, à une ligne environ de la cornée, tandis que l'autre, ce n'est là qu'une supposition, blessa la cornée et peut-être l'iris. Trois à quatre mois après, l'œil devint sensible; cependant tous les accidents disparurent, et la vue resta intacte.

En 1846, il y eut de l'irritation et de la photophobie. L'année suivante, l'œil s'enflamma, et Élise fut reçue à l'hôpital de Moorsfields, dans le service de M. Dalrymple. L'œil était alors injecté, la cornée saine, et l'on voyait le tiers supérieur de la chambre antérieure rempli par un kyste placé au devant de l'iris, et recouvrant la partie supérieure de la pupille; la partie inférieure de la pupille était noire, et exempte d'opacités; les parois du kyste étaient fort minces, et semblaient formées par le tissu fibreux de l'iris.

Le 20 mai, M. Dalrymple fit une ponction avec un couteau à cataracte; le kyste s'affaissa, la pupille reprit sa forme. Un mois plus tard, cette tumeur avait reparu.

La malade passa, par suite de la mort de M. Dalrymple, dans le service de M. Dixon, qui lui pratiqua deux ponctions; ces deux fois, le kyste fut vidé, et il reparut bientôt. M. Dixon déchira à l'aiguille la paroi du kyste, qui devint flottante dans l'humeur aqueuse. Après cette déchirure, l'iris reprit son aspect naturel. Cette opération eut lieu en février 1855, et, au mois d'octobre suivant, le kyste avait reparu aussi volumineux qu'avant; l'œil était d'une extrême sensibilité, et la vision obscure. Une nouvelle opération fut pratiquée; une portion de la paroi fut tirée au dehors de l'œil, au moyen du crochet de Tyrrell; dans la manœuvre opératoire, la capsule du cristallin fut déchirée, et une cataracte s'ensuivit. Une iritis consécutive amena des synéchies postérieures. Le kyste se reforma de nouveau. Une nouvelle ponction fut pratiquée en janvier 1856; le kyste s'affaissa pour reparaître encore, et en 1857, lors de la publication de l'observation, la malade était encore en traitement.

Ce sont là tous les faits que nous avons pu rassembler. Tout en cherchant à résumer les observations, nous n'avons pu passer une foule de détails qui nous serviront dans la discussion, et sur lesquels nous nous appuierons quand nous traiterons de la pathologie des kystes de l'iris.

Les deux observations suivantes sont celles que nous avons recueillies à la clinique de M. Desmarres; nous les reproduisons en entier, en les faisant suivre de l'analyse anatomique des kystes par M. Ch. Robin. Ce savant micrographe a bien voulu examiner les pièces après l'excision du lambeau d'iris qui les portait.

OBSERVATION XIII.

M. J.-B. L....., âgé de 32 ans, d'une bonne constitution, employé au chemin de fer, demeurant à Montmartre, a toujours été d'une bonne santé. A 29 ans, il fut atteint d'une cataracte monoculaire gauche, qui se produisit peu à peu sans douleur de tête, sans rougeur de l'œil.

Il fut opéré, le 27 avril 1859, à la Maison municipale de santé, par broiement. Quelques jours après, se manifestèrent des accidents inflammatoires; le malade perdit la vue qu'il avait recouvrée.

Il se présenta chez M. Desmarres, qui lui proposa une opération, qu'il accepta, et qui fut pratiquée le 19 novembre. A cette époque, il présentait une pupille ronde dans ses deux tiers supérieurs et internes (1); la partie inférieure externe de l'iris est envahie par une tumeur bilobée, ou mieux par deux tumeurs qui semblent prendre naissance dans le tissu iridien, et qu'on peut comparer à deux lentilles légèrement imbriquées.

Au-dessus de la plus externe, se trouve une tumeur qui comprend entre elle et la dernière un segment d'iris sain. Cette troisième tumeur, qui a la forme d'un œuf par sa partie centrale, s'accole à la tumeur externe inférieure; si bien que le petit cercle de l'iris en cet endroit est complétement caché, et ces trois extrémités viennent se dessiner sur une fausse membrane qui occupe la pupille dans son tiers inférieur interne.

Ces deux premières tumeurs, que nous venons de décrire, sont rouge-brun, contiennent un liquide, et l'éclairage oblique permet de constater les deux parois du kyste.

---

(1) Une fausse membrane pupillaire, blanche nacrée, sillonnée par des replis en forme d'éventail. Ces replis sont unis en bas et montent en s'écartant les uns des autres. A la partie supérieure de la pupille, cette fausse membrane est beaucoup moins épaisse, ce qui permet à l'éclairage oblique de constater la coloration noire du fond de l'œil, qui se voit comme à travers un nuage.

Dans la troisième, le tissu iridien a conservé en partie sa couleur; l'extrémité pupillaire a un reflet semblable à celui qui a été signalé pour les deux premières.

Enfin, à la partie supérieure, se trouve une nouvelle tumeur, moins accentuée que la troisième, et séparée de cette dernière par un sillon profond, un peu incliné sur le diamètre horizontal de l'iris. Cette tumeur ne s'étend pas à toute la largeur de l'iris, elle s'arrête aux deux tiers de son bord excentrique. Le reste de l'iris est sain. Une ponction fut pratiquée à la partie inférieure externe, avec le couteau lancéolaire. Cette ponction comprenait la surface de la tumeur bilobée. Immédiatement cette tumeur vint faire hernie; elle fut saisie avec des pinces, et entraînée au dehors; mais, par suite des adhérences de l'iris et de la fausse membrane pupillaire, l'iris fut décollé à sa partie supérieure et interne; les tumeurs et la fausse membrane furent amenées au dehors excisées.

Le lendemain, la réunion était faite; une légère hémorrhagie s'était produite dans la chambre antérieure. Quelques jours après, le malade allait très-bien, la vision était rétablie, et le malade crut devoir cesser ses visites à la clinique.

Analyse anatomique par M. Ch. Robin.

En raclant aussi bien que possible la face interne de la cavité, on n'obtient pas d'épithélium, mais seulement une matière grisâtre, composée de fines granulations de même couleur, de granulations graisseuses, et d'un plus petit nombre de granulations pigmentaires (il n'existait pas de granulations pigmentaires dans le premier kyste). Comme dans le premier cas, la paroi est formée par le tissu de l'iris, qui semble s'être dédoublé pour former une cavité; du reste aucune autre production anormale.

Au fragment d'iris adhérait une capsule de cristallin, à la partie antérieure de laquelle se trouvait appliquée une couche épaisse de tissu fibreux, semblable à celui des cataractes pseudo-membraneuses.

OBSERVATION XIV.

Mme C....., âgée de 43 ans, et demeurant à Montmartre, est d'une bonne constitution; sa santé a toujours été excellente.

Il y a trois ans, elle se blessa l'œil droit, la cornée fut ouverte, et une portion de l'iris vint faire hernie à travers cette plaie. Elle vint alors réclamer les soins de M. Desmarres, qui excisa la hernie de l'iris; la cicatrisation de la cornée marcha régulièrement; la vision fut conservée.

Depuis lors elle ne fut pas gênée par son œil, qui remplissait ses fonctions et qui n'était nullement douloureux.

C'est il y a cinq mois environ qu'elle s'aperçut que l'œil droit devenait de plus en plus faible; elle ne s'en inquiéta que fort peu, son œil étant indolore; enfin, comme la vision était très-amoindrie, elle se présenta de nouveau à la clinique de M. Desmarres, le 19 décembre 1859.

On remarquait sur la cornée de l'œil droit une cicatrice verticale à la partie supérieure et moyenne de la cornée; au milieu de cette cicatrice, existait, en un point seulement, un lambeau d'iris enclavé dans le tissu inodulaire; cette cicatrice, un peu au-dessus du diamètre horizontal de la cornée, se terminait à une seconde, horizontale, formant avec elle un L renversé; la cicatrice horizontale est moins accentuée que la première, elle est blanchâtre et baveuse.

Enfin on voit que plus du tiers supérieur de l'iris a perdu sa forme et sa couleur; à la lumière diffuse, il est fort difficile de comprendre la lésion.

L'éclairage oblique permet de voir les plus fins détails; derrière la cicatrice, on voit un lambeau d'iris, qui vient d'une part se terminer au kératocèle dont nous avons parlé, et que soutient à sa partie médiane une tumeur bleuâtre transparente, contenant un liquide; elle est largement bilobée par la bride irienne, et fait saillie dans le champ de la pupille. La partie inférieure de la pupille a conservé sa forme normale, tandis que la partie supérieure est limitée par des fibres de l'iris, refoulées par la tumeur, qui viennent se rejoindre au niveau de la bride que nous avons décrite. La pupille a la forme d'un triangle très-obtus, dont le grand côté, le côté inférieur, manque, et est remplacé par une circonférence décrite sur ce côté, comme diamètre.

Par transparence, on voit à travers la tumeur le cercle ciliaire, et les procès ciliaires se dessinent.

On proposa à la malade, comme moyen curatif, de lui enlever son kyste; elle accepta : elle fut couchée sur un lit; à la partie supérieure de la cornée, on fit avec le couteau lancéolaire une large ponction, la pointe du couteau pénétra dans le kyste, qui s'affaissa; puis, dans un second temps, le kyste fut saisi, attiré au dehors, et excisé en totalité.

La plaie de la cornée se comporta régulièrement; en quarante-huit heures, une cicatrice s'était formée. La malade guérit sans aucun accident; la vision a été rétablie.

Maintenant de nouveau la vision diminue; cela tient à la formation d'opacités lenticulaires qui marchent assez lentement, et qui étaient masquées par le kyste.

Le kyste excisé, et la partie dure qui le porte, de même que la pièce du kyste

de la 1re observation, ont été remis à M. Ch. Robin, qui a bien voulu les analyser. Nous transcrivons la note qu'il nous a remise à ce sujet.

Analyse anatomique. Le kyste est vide, comme écrasé; les parois sont appliquées l'une contre l'autre; en raclant avec soin la surface interne, on constate l'absence d'épithélium; on trouve une matière grisâtre avec des granulations de la même couleur, quelques-unes sont fortement graisseuses, jaunâtres. La paroi est formée par le tissu même de l'iris; ce qui fait que la cavité semblait formée par un simple écartement; autour, on voyait les fibres et le pigment de l'iris.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous n'avons pas la prétention de présenter un travail complet sur l'anatomie pathologique des kystes de l'iris; les faits sont trop peu nombreux. On doit donc s'attendre à trouver dans notre essai bien des lacunes, peut-être même bien des erreurs, que des observations nouvelles pourront permettre seules de combler ou de rectifier.

Dans les tumeurs dont nous venons de présenter les observations, on a toujours rencontré une cavité contenant un liquide, fermée de toute part par une membrane formée aux dépens des éléments anatomiques de l'iris.

Ce fait seul prouve que ce sont bien réellement des kystes qui ont été décrits, et nous verrons par la suite que c'est bien dans l'iris qu'ils se sont développés.

Nous examinerons trois choses: 1° la paroi, 2° le liquide contenu, 3° les rapports de la tumeur avec l'iris et avec les organes voisins.

Cette dernière question rentre et dans l'anatomie pathologique et dans l'histoire du développement des kystes; nous la traiterons complétement quand nous parlerons de la genèse de ces tumeurs.

1° La paroi des kystes de l'iris peut, suivant les cas, suivant l'époque de son développement, présenter des différences notables; quelquefois elle est blanche, translucide, et alors les chirurgiens anglais ont donné aux kystes qu'elle limite le nom de *kystes à*

paroi délicate. C'est là ce que l'on rencontre le plus fréquemment ; c'est ce qu'ont rencontré M. Mackenzie dans sa 1re observation, M. Dalrymple (obs. 4), MM. Wharton Jones, Richard, Stœbre, James Dickson ; enfin, dans les deux observations que nous rapportons, nous avons constaté la translucidité des parois.

Dans d'autres cas, cette membrane, toujours blanchâtre, devient opaque, dure, d'une apparence fibreuse ; M. White-Cooper, a trouvé une fois une paroi kystique, dont il compare la densité et la résistance à celle du cartilage (obs. 7).

D'autres fois, et c'est parmi ces cas que doit se ranger celui de M. Combessis, la paroi est réellement fibreuse. Ce chirurgien constata la présence d'un plan fibreux, blanchâtre, opaque, qui se trouvait immédiatement au-dessous de quelques faisceaux musculaires de l'iris entraînés au devant de la tumeur.

La composition anatomique de l'enveloppe a été étudiée par M. Bowman, puis par M. Robin ; après examen des pièces, ces auteurs ont conclu que les kystes de l'iris n'ont point de membrane propre, et que la cavité semble s'être formée par un simple dédoublement du tissu conjonctif de l'iris.

C'est en effet dans ce tissu, qui unit les fibres musculaires de l'iris, que les kystes prennent naissance. Quand ils existent depuis quelque temps, les parois, d'abord diaphanes, peuvent s'encroûter de fines granulations grises, graisseuses ou pigmentaires, qui viendront appuyer notre opinion sur la genèse des tumeurs qui nous occupent.

La membrane d'enveloppe est nécessairement doublée en avant et en arrière par les éléments de l'iris qui lui sont contigus ; en avant, ce sont l'épithélium de la face antérieure de l'iris, et quelquefois des faisceaux de fibres radiées, en arrière, le kyste repousse l'uvée et son épithélium pigmentaire.

Latéralement les fibres de l'iris sont distendues, et à mesure que le volume du kyste augmente, elles sont chassées de la place qu'elles occupaient pour venir s'imbriquer les unes sur les autres ; ce fait

est évident au côté externe de l'œil, qui fait le sujet de la planche n° 2.

Quant à la forme que les kystes peuvent affecter, elle est variable : les uns sont lenticulaires, d'autres pyriformes, enfin ils peuvent occuper tout ou partie de la chambre antérieure, et alors ils peuvent être bilobés par une bride médiane d'iris, insérée d'une part à cette membrane et de l'autre à la cornée. M. Richard a observé cette particularité; et dans notre observation 41, planche II, on voit une bride qui part du bord pupillaire de l'iris et qui est fixée à une cicatrice de la partie supérieure de la cornée, au point où cette membrane avait été perforée ; alors la tumeur était littéralement à cheval sur l'iris. Quant à l'iris, le plus souvent la tumeur le repousse en arrière ; le contraire se rencontre aussi, et nous pourrons peut-être en donner l'explication en parlant du développement de la tumeur.

Le liquide contenu dans l'enveloppe que nous venons de décrire n'a jamais été analysé ; les auteurs se sont contentés de parler de ses caractères physiques, ils ont noté avec soin sa fluidité et sa couleur.

Dans les deux cas que nous rapportons, la délicatesse des parois ne permit pas de conserver le liquide qui s'écoula pendant l'opération.

L'aspect de ce fluide varie d'un cas à l'autre, et nous pensons que l'ancienneté du kyste pourrait être pour beaucoup dans sa décoloration.

Quoi qu'il en soit, on l'a vu complétement incolore (obs. 14) ou légèrement coloré en brun. Nous n'avons trouvé nulle part, dans les faits que nous rapportons, qu'on ait constaté dans le liquide des flocons albumineux, des paillettes de cholestérine ou des hydatides; la présence de ces entozoaires dans un kyste succédant à une plaie perforante de la cornée aurait montré la voie d'introduction de ces animaux au milieu des tissus humains.

ÉTIOLOGIE, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Dans tous les cas de kyste de l'iris, on peut constater qu'une plaie de la cornée, de la sclérotique, ou au moins une contusion violente du globe oculaire, a précédé le développement de la tumeur, et alors c'est toujours dans l'œil blessé qu'elle se développe, jamais dans son congénère. Nous n'avons pu trouver de kyste de l'iris qui n'ait été précédé d'un traumatisme, sauf deux cas, obs. 2 et 3, où on ne parle pas des antécédents.

Tous les auteurs se sont rangés à cette opinion.

Supposons maintenant qu'une contusion ou une blessure de l'œil ait eu lieu au bout d'un temps variable et qu'il est difficile de limiter parfaitement, mais qui varie entre deux et six mois, on voit, comme l'a dit M. Bowman, une petite tuméfaction qui soulève la face antérieure de l'iris; une partie de cette membrane, et même une partie assez bien limitée, s'avance vers la cornée, et fait relief dans la chambre antérieure. C'est ce que nous avons indiqué dans l'observation 13.

Notre première figure donne une idée de ce que nous voulons dire, en voyant les deux tumeurs moins avancées qui sont situées à la partie latérale et supérieure de l'œil; puis, l'accroissement continuant, la chambre postérieure est envahie la première.

C'est là du moins ce qu'avance M. Bowman, et nous ne savons pas sur quels faits se fonde l'opinion de ce savant anatomiste.

Nous pensons qu'une tumeur située dans l'épaisseur même de l'iris ne doit pas dans tous les cas suivre la même marche. Si nous tenons compte de l'anatomie de cette région de l'œil, on est inévitablement conduit à conclure que, si la tumeur naît près du bord pupillaire de l'iris, elle sera bientôt projetée en avant; car, en cet endroit, si l'iris ne touche pas le cristallin, ce qui est une question encore en litige, il est au moins certain que la distance entre le bord pupillaire et le cristallin est très-petite. Mais si, au contraire, la tu-

meur se développe en un point excentrique de l'iris, les conditions seront différentes, et la tumeur pourra aussi facilement se développer en avant qu'en arrière.

Quoi qu'il en soit, sitôt que la tumeur a acquis un certain volume, elle atteint l'appareil cristallinien, qui, soutenu par l'humeur vitrée, forme un plan résistant; celui-ci repousse en avant le kyste, qui ne peut plus se développer que dans la chambre antérieure; enfin, s'il est assez volumineux pour remplir cet espace, il se moule sur la cornée. C'est alors que chassé latéralement, il se dirige vers le point où il se trouve le plus d'espace libre, c'est-à-dire vers la pupille. Suivant la façon dont il a dédoublé l'iris, il fait hernie à travers la pupille soit dans la chambre antérieure, et alors l'iris est projeté en avant, soit dans la chambre postérieure, ou plutôt à la place que devrait occuper cette chambre, puisqu'elle n'existe plus, par suite du refoulement de l'iris en arrière.

Dans l'observation 13, il n'existait plus de cristallin, et on pourrait se demander pourquoi les kystes, qui trouvaient un espace libre en arrière du diaphragme, ne se sont pas développés dans ce sens. Cette question ne semble pas d'une solution facile; cependant on peut la résoudre, quand on remarque que l'opération de cataracte par discision du cristallin fut suivie d'iritis qui amena derrière l'iris la formation d'exsudations auxquelles fut due la cataracte pseudo-membraneuse. Notons que ces exsudations, en doublant l'iris en arrière, lui donnaient une résistance que n'a pas cette membrane à l'état normal; l'examen microscopique de la pièce montre que la capsule dilacérée adhérait aux fausses membranes, ce qui ajoutait encore à la solidité du plan postérieur de l'iris. Cette résistance ne permettait aux kystes que de se développer fort peu en arrière.

Nous venons de tracer rapidement l'évolution du kyste; nous devons rechercher, autant que nous le pourrons, quel est le siége primordial de l'ulcération, et quel est l'élément anatomique dans lequel

se développe le kyste. Nous avons vu que c'est vers le plan musculaire de l'iris, souvent même dans son milieu, que la tumeur se produit. En effet, quelquefois elle emporte au-devant d'elle, comme nous l'avons vu, un ou plusieurs faisceaux musculaires de l'iris, d'autres fois elle ne fait que les écarter latéralement. Enfin on peut voir, dans notre second dessin, que la tumeur est littéralement à cheval sur un lambeau d'iris. Le cas de M. Richard présentait la même particularité.

Dans ce plan, nous trouvons du tissu conjonctif, des fibres propres de l'iris, et enfin des vaisseaux.

Nous ne pensons pas qu'une fibre musculaire, spéciale, il est vrai, puisse servir de points de départ à un kyste; nous éloignerons donc tout d'abord cette question.

Il nous reste le tissu conjonctif et les vaisseaux : ce tissu conjonctif unit les différents plans et les fibres de l'iris; on comprend que par suite d'une contusion il pourrait se faire un décollement dans le tissu, et ce dédoublement, du reste très-petit, une fois produit, pourrait devenir le point de départ du kyste. Cette opinion pourrait se soutenir.

Mais, au milieu de ce tissu, on rencontre des cellules qui, sous l'influence d'un frottement, peuvent se transformer en kystes. Alors les noyaux deviennent des cellules à plusieurs *nuclei*, la vésicule se distend, le kyste est formé et il ne tend plus qu'à s'accroître. M. Rokitanski a émis cette opinion (*Ueber die Cysten;* Wien, 1850). L'enveloppe peut subir alors des transformations analogues à celles que subissent les parois des vaisseaux de nouvelle formation, c'est-à-dire que d'abord transparente, elle change peu à peu de nature et devient fibreuse. Le microscope permet d'y constater des noyaux et des fibres.

Cette opinion peut être, au moins dans certains cas, l'expression de la vérité. Dans une observation de M. White Cooper, nous avons vu noter la densité de l'enveloppe, et M. Combessis fait remarquer

qu'au-dessous des fibres de l'iris se trouvait un second plan fibreux, qui constituait l'enveloppe elle-même.

Quelquefois les choses semblent se passer autrement. Supposons en effet que, par suite de la contusion, il y ait eu une extravasation de sang dans l'iris; deux choses peuvent arriver : ou bien l'inflammation du foyer est un abcès consécutif, ou bien, la cavité accidentelle étant formée, les globules du sang épanché subissent une transformation, ils perdent peu à peu leur caractère et ils se métamorphosent en granulations grises noirâtres, dont M. Robin a signalé l'existence à la face interne de l'enveloppe du kyste.

Ce mode de genèse nous semble le plus probable; au moins, dans ceux où il y a eu plaie perforante de la cornée, on comprendrait très-bien comment un instrument vulnérant pourrait produire, par une action directe dans l'iris, que quelquefois il déchire, l'épanchement d'une quantité de sang toujours très-limitée au début.

Pour nous, si nous avions à choisir entre les trois opinions que nous avons émises, nous n'hésiterions pas à nous rattacher à la dernière au moins dans le plus grand nombre des cas.

SYMPTOMATOLOGIE.

Pour étudier la symptomalogie du kyste de l'iris, nous diviserons ce chapitre en trois parties. Dans la première, nous verrons quels sont les symptômes au début de l'affection, alors que le kyste est peu volumineux; la deuxième sera consacrée à l'étude des kystes déjà développés et causant des accidents sérieux ; enfin, dans la troisième, nous verrons les kystes à leur dernière période et amenant l'atrophie de l'œil et l'abolition de la vision.

Nous avons admis ces divisions, parce que nous les retrouverons quand il s'agira du diagnostic, du pronostic et du traitement.

1re *période.* Au début, les kystes se présentent tous sous la forme d'un soulèvement de l'iris, qui est projeté en avant. A cette

période, on n'observe que de très-légers changements de coloration. Notre figure 1, qui donne des kystes un volume très-différent, donne une idée exacte de ce que nous voulons dire.

Après le traumatisme, habituellement les accidents aigus se calment, l'œil ne perd que peu de vision, et il n'est pas encore douloureux. Ainsi, même quand le kyste a déjà un certain volume, souvent les douleurs sont peu vives; cependant le sujet remarque que la vision diminue, que son œil se fatigue facilement, et bientôt paraît une véritable poussée inflammatoire du côté de l'iris et de la choroïde.

Le kyste, à cette période, ne peut avoir aucune influence sur la santé générale.

C'est à l'apparition des premières phlegmasies que s'arrêtera pour nous la première période.

Deuxième période. L'œil qui porte un kyste devient alors rouge, douloureux; pendant les exacerbations, il y a photophobie, larmoiment; les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique deviennent sinueux, plus volumineux qu'à l'état normal; l'œil prend peu à peu la physionomie caractéristique des irido-choroïdites chroniques: c'est que le kyste est devenu une cause d'inflammation; le moindre malaise retentit alors douloureusement sur l'œil. Quelquefois il existe des névralgies circum-orbitraires, dues à la compression des nerfs ciliaires. Ces névralgies semblent plus fréquentes et plus douloureuses quand le kyste est venu après une contusion de l'œil sans plaie pénétrante de la cornée.

A la première inflammation en succède une seconde, en géneral plus sérieuse; une troisième la suit, et elles laissent toutes des traces qui, après avoir été un effet, deviennent cause à leur tour.

Le malade a alors deux affections liées intimement l'une à l'autre: un kyste, véritable épine entretenant l'inflammation, et une irido-choroïdite, avec tous les accidents qui l'accompagnent.

On voit alors dans la chambre antérieure une tumeur glauque ou

brunâtre qui remplit une partie de cet espace ; le champ pupillaire peut être plus ou moins obstrué par la tumeur.

La vision, pendant cette période, diminue progressivement, et à chaque inflammation la vue baisse. Si la tumeur a envahi la pupille, la vue peut être très-amoindrie ou même abolie.

Pour bien constater toutes ces altérations, une bougie ou une lampe étant placée à côté du malade, un peu en avant de son œil, à une distance d'environ 2 ou 3 centimètres, on projette dans l'œil une vive lumière au moyen d'une forte lentille : c'est le procédé d'examen d'éclairage oblique; nous l'avons employé pour faire nos dessins.

Par ce moyen, on pourra juger de la nature de l'enveloppe du kyste ; et, comme on peut éclairer le champ pupillaire assez profondément, il devient possible de juger du développement du kyste en arrière de l'iris.

Troisième période. Cette période est caractérisée par les accidents consécutifs à la formation des fausses menbranes en arrière de l'iris et sur la choroïde ; les inflammations repétées ont laissé, après avoir parcouru leurs phases, des exsudations.

La vision est presque nulle ; le malade distingue le jour de la nuit, peut quelquefois compter péniblement les doigts quand on a soin de les placer entre son œil et la lumière. Deux causes contribuent à l'amoindrissement de cette fonction : la première est le volume du kyste ; la seconde, ce sont les exsudations et quelquefois la photophobie. L'œil est alors continuellement enflammé ; cependant le malade a encore des exacerbations, mais plus rapprochées que jamais.

C'est là que s'arrêtent les faits observés, l'analogie pourrait peut-être aller plus loin. Maintenant le kyste est toujours une cause d'exacerbation de l'inflammation ; mais ce qui domine la scène, c'est l'iridochoroïdite.

Comme terminaison des kystes, nous noterons l'atrophie du globe, signalée par M. H. Walton ; ce n'est qu'une terminaison, et quand

elle se produit, l'œil n'est plus depuis longtemps que quelque chose qui végète et qui n'a plus aucune utilité comme organe des sens.

Nous ne voyons pas que l'affection inflammatoire se soit transmise d'un œil à l'autre, ce qui est presque constant quand l'irido-choroïdite est liée à une affection générale, syphilis, rhumatisme, etc.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du kyste de l'iris est loin de présenter toujours la même difficulté; nous ferons le diagnostic suivant les périodes que nous avons admises dans la symptomatologie.

Dans la première période, on constate une tuméfaction circonscrite de l'iris, avec ou sans changement de coloration de cette membrane. Les douleurs sont nulles et l'inflammation à peine sensible; le plus souvent elle n'existe pas. De plus, le malade ou les personnes qui le soignent, si c'est un enfant, supposeront ce fait, que le sujet s'est contusionné ou blessé l'œil quelques mois auparavant.

On ne pourrait, je crois, confondre le kyste qu'avec un condylome non syphilitique et tout à fait au début; mais le condylome excite toujours de vives douleurs, et c'est un fait rare qu'on vienne s'adresser à un chirurgien de cette époque pour un kyste à peine visible, indolore, et qui ne trouble pas la vue.

L'éclairage oblique pourra servir à fixer le diagnostic. Le condylome est vascularisé à sa surface, le kyste ne l'est pas. L'examen, au besoin aidé du même procédé, suffira pour faire rejeter l'idée des tumeurs syphilitiques et éléphantiasiques, qui ne sont jamais des faits isolés; de plus, s'il y a eu une plaie pénétrante de la cornée, on verra facilement si le kyste correspond à la direction probable de l'instrument vulnérant, et pourra faciliter les recherches.

Quant aux abcès, ils sont un mode de terminaison de l'iritis, et l'on trouve toujours les signes de l'iritis aiguë qui les a produits.

Dans la deuxième période, le diagnostic est plus simple; le chirurgien voit sur l'iris une tumeur arrondie, bien limitée, non entourée d'une atmosphère nuageuse. Cette tumeur est en général blanche ou glauque, quelquefois brunâtre, avec certains reflets rosés à l'éclairage oblique, qui permet d'en apprécier les moindres détails.

Je ne vois rien qu'on puisse comparer aux kystes développés, qu'un noyau de cristallin abaissé depuis longtemps, et passé dans la chambre antérieure depuis peu. Mais un noyau lenticulaire a autour de lui une atmosphère blanchâtre, formée par les couches les plus superficielles en voie de ramollissement. De plus, le malade fera savoir qu'il a été opéré de cataracte.

Aujourd'hui, pendant que nous rédigeons notre thèse, nous avons vu chez M. Desmarres un fait de ce genre, et la méprise n'était guère possible. Du reste, on aurait bien pu constater, au moins dans ce cas, la présence ou l'absence du cristallin. M. Wharton Jones, dans son observation, a aussi insisté sur ce point, qu'à première vue, on pourrait être tenté de prendre une luxation du cristallin pour un kyste.

Dans la troisième période, le diagnostic est plus simple encore; il suffit alors de regarder pour savoir à quoi l'on a affaire.

Mais il est très-important de faire un diagnostic aussi exact que possible des lésions qui accompagnent le kyste; c'est là que se trouve en grande partie la question de pronostic.

Nous croyons qu'il n'est pas de notre sujet de faire ici le diagnostic de l'irido-choroïdite; les caractères sont les mêmes, qu'elle soit ou non provoquée par un kyste.

PRONOSTIC.

Le pronostic du kyste de l'iris est toujours très-grave, quel que soit le parti qu'on prenne, qu'on ne fasse qu'un traitement palliatif, dirigé contre les accidents, ou qu'on attaque le kyste lui-même.

Dans le premier cas, l'œil est compromis ; dans le second, on court toutes les chances d'une opération délicate, difficile, mais qui conduit moins souvent à la perte de l'œil que la temporisation quand même. Le pronostic est grave, sérieux, avons-nous dit ; et cependant il est loin d'être absolument le même à toutes les périodes.

Dans la première en effet, des soins médicaux bien dirigés peuvent empêcher que les phlegmasies de l'œil qui apparaissent à cette époque n'aient de graves conséquences. On peut presque à coup sûr maintenir l'œil dans les conditions les plus favorables pour le succès de l'opération, qui deviendra nécessaire quand le kyste gagnera la vision et deviendra cause d'inflammation, que des soins si bien entendus qu'ils soient ne pourraient pas toujours modérer.

Le nombre des kystes, le nombre des poussées phlegmasiques, augmentent la gravité du pronostic, parce qu'elles diminuent le nombre des chances favorables de l'opération ; si elles ont été nombreuses, il peut arriver que, le kyste guéri, il reste sur place des exsudations pupillaires ou une iritis, qui compromettent la vision.

A la troisième période, quand tout le globe oculaire est envahi de fausses membranes, et que l'atrophie se produit, ce qui est le dernier tableau de la scène, le pronostic augmente singulièrement de gravité. Ce n'est plus au kyste que le chirurgien doit seulement s'adresser, mais à une affection complexe. Le pronostic de l'irido-choroïdite, sérieux par lui-même, s'ajoute au pronostic déjà si grave du kyste. L'état probablement pathologique des milieux de l'œil et du cristallin doivent faire garder la plus grande réserve dans le pronostic.

TRAITEMENT.

Ce que nous avons dit quand nous avons traité de la symptomatologie démontre que le traitement doit varier avec la période où

se trouve le kyste. Il y a deux choses à faire entrer en ligne de compte dans le traitement : 1° le kyste lui-même, 2° ses complications.

Dans la première période, les complications sont nulles ou peu graves ; le rôle du chirurgien est de lutter contre elles, toutes les fois qu'elles se produisent, pour en modérer la gravité. S'il se développait une iritis, des instillations d'atropine :

℞ Sulfate neutre d'atropine . . . 2 milligrammes.
Eau distillée . . . . . 10 grammes.

7 ou 8 gouttes introduites en vingt-quatre heures entre les paupières, des lotions avec de l'eau de guimaume tiède, le repos de l'œil derrière un bandeau noir flottant, et qui ne cause pas l'occlusion forcée des paupières, suffiraient le plus souvent. Si les accidents ne cèdent pas, un purgatif, une application de sangsues à l'apophyse mastoïde, une ventouse à la nuque, et au besoin une saignée générale, juguleront l'inflammation pendant la première période. Nous n'avons énuméré tous ces moyens, dont les derniers sont au moins d'un usage restreint dans les cas de ce genre, que pour n'avoir plus à y revenir.

Nous remarquerons qu'ils ne peuvent avoir d'influence que sur les complications ; ils peuvent peut-être retarder quelque peu la marche du kyste, mais ils ne peuvent pas le guérir. Que doit-on faire pour le kyste lui-même ? Tous les auteurs, MM. Mackenzie, Combessis, en particulier, conseillent l'expectation à cette période. En effet, l'œil a conservé presque complétement ses fonctions, et les complications paraissent rarement à cette époque.

Nous nous rangerons à l'avis de cet autorité, pensant qu'il serait toujours très-compromettant de faire une opération pour une tumeur à peine visible, et sur laquelle les instruments auraient peu de prise. On doit rencontrer bien peu souvent des kystes au début ; c'est dans la deuxième période qu'ils viennent réclamer les secours de l'art contre une diminution de la vision ou une inflammation

oculaire qui s'accompagne de photophobie et de névralgie circum-orbitaire. Mais, quand une fois le kyste fait une saillie considérable dans la chambre antérieure, quand il est cause de complications, la question est tout à fait changée, et l'intervention chirurgicale est souvent nécessaire.

Dans la seconde période, l'iris est déjà malade. Si, pour une cause ou pour une autre, le malade ne veut se prêter à une opération qui seule peut le guérir, on peut encore, par un traitement antiphlogistique, par l'emploi des narcotiques, calmer ses douleurs pour un temps plus ou moins long; les moyens que nous emploierions sont ceux que nous avons déjà indiqués, et, suivant le retentissement de l'affection de l'œil sur l'état général, nous insisterions plus ou moins sur les émissions sanguines. Quelques réserves sont nécessaires. Chez les sujets débilités, nous aimerions mieux employer le calomel à doses fractionnées; si les douleurs revenaient périodiquement, ou plutôt si une rémission des douleurs se produisait dans la journée, pour être suivie d'exacerbation nocturne, on pourrait essayer le valérianate de quinine, qui réussit souvent à calmer les douleurs névralgiques de l'œil, dans les cas d'irido-choroïdite. Le sulfate de quinine donne des résultats analogues, mais moins rapidement, et ses effets sont moins marqués.

C'est là tout le traitement médical applicable aux kystes de l'iris. M. Stœber l'a essayé sans résultat, et il a dû en arriver à une opération.

L'opération est donc le seul traitement radical du kyste et de ses complications. Quand il en existe, les auteurs ont proposé différents moyens : la ponction simple du kyste, la division de sa paroi antérieure, l'excision de cette paroi, et enfin l'excision du lambeau d'iris qui porte le kyste, tels sont les procédés qui ont été mis en usage.

La ponction simple ou avec déchirure de l'enveloppe avec une aiguille, c'est le procédé qui a été employé le plus souvent ; les chirurgiens anglais y ont presque toujours eu recours. On voit dans les faits qu'ils ont publiés, et on pouvait facilement le prédire, que

les kystes ne guérissent que par la suppuration de leurs parois, et pour arriver à cette suppuration qui ferme la cavité, il faut en moyenne 3 ou 4 ponctions. M. Dixon a pratiqué 5 ponctions à la malade dont il a donné l'observation; la dilacération de l'enveloppe n'a pas même empêché une dernière récidive. Et il ne faut pas croire que la ponction du kyste soit une opération sans conséquence: dans le cas de M. Dixon, il y eut une cataracte causée par une blessure de la capsule antérieure; M. Wharton Jones a vu, à la suite de la ponction, un abcès de l'iris se faire jour à travers la sclérotique.

Enfin, dans tous les autres cas, il y a eu une suppuration du kyste, et on serait heureux si l'on arrivait à la produire à la première ponction.

La discision de l'enveloppe est placée tout à côté: comme résultats, on ne peut pas toujours être certain de faire suppurer la paroi du premier coup.

M. Mackenzie conseille l'excision de la paroi antérieure du kyste. Pour cela, il fait une large incision à la cornée; puis la paroi antérieure est saisie soit avec un crochet, soit avec une pince capsulaire, on l'attire en dehors de la cornée, et elle est excisée avec des ciseaux.

M. Mackenzie ne dit pas qu'il ait employé ce procédé. Nous croyons que ce doit être là une opération laborieuse très-délicate; souvent on romprait le kyste, si les parois sont délicates, et, si elles sont résistantes, on doit entraîner l'iris.

Quant aux conséquences de l'opération, on pourrait craindre avec raison une iritis grave; mais supposons que cette complication n'ait pas lieu. Quelques fibres iriennes, repoussées par la tumeur, reprennent leur place après l'opération, et on devrait avoir à la place du kyste une espèce de cul-de-sac à gorge rétrécie, formée par le reste de l'enveloppe du kyste; cette cavité ne peut se fermer que par suppuration. Les conditions du malade sont donc les mêmes qu'après la ponction ou la discision.

Nous arrivons maintenant à l'excision de l'iris et du kyste, qui a

été pratiquée trois fois : une par M. White Cooper, et les deux autres par M. Desmarres. Dans ces trois cas, les malades ont été guéris d'un seul coup et sans accidents consécutifs. Nous ne concluons pas que l'excision de l'iris ne peut jamais causer d'accidents; mais, à coup sûr, on pensera qu'elle donne au moins d'aussi bons résultats que les autres procédés employés. M. Wharton Jones a parlé de la pratique désastreuse d'exciser les kystes avec le lambeau d'iris qui les porte, et dans la 2e édition de son livre nous n'avons pas trouvé les résultats de cette pratique qu'il signale après l'observation du cas qu'il a soigné.

De plus, le meilleur moyen d'arrêter une irido-choroïdite grave, c'est une excision de l'iris.

Pour ces deux motifs, si nous nous trouvions en présence d'un kyste de l'iris abolissant la vue ou causant de vives douleurs, nous choisirions l'excision d'un lambeau de l'iris, opération qui, par elle-même, est sérieuse, mais qui n'a pas tous les inconvénients que lui attribuent les chirurgiens anglais dans les cas de kyste. La pupille est déformée, il est vrai; mais l'œil est à l'abri des inflammations, une fois qu'il est guéri de l'opération elle-même.

En résumé, nous n'emploierions que deux moyens : l'expectation ou des moyens médicaux dans les cas où le kyste ne cause ni douleurs ni accidents, et l'excision en cas contraire. Nous craignons trop les suppurations de l'iris pour les provoquer, et l'innocuité de l'excision de l'iris pourrait, dans notre esprit du moins, faire beaucoup pencher la balance en faveur de cette opération.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Figure 1. — *Œil gauche de J.-B. L.....* (obs. 13). Vu à l'éclairage oblique. A la partie inférieure, deux kystes accolés; au-dessus et plus en dedans, tumeur de même nature, mais moins considérable; toutes les trois débordent sur la pupille.

A la partie supérieure de la troisième tumeur, se trouve une tache pigmentaire de l'iris, et au-dessus, un quatrième kyste, moins développé que les autres.

La pupille est occupée par une fausse membrane blanche, moins épaisse en haut qu'en bas, et plissée en éventail.

Figure 2. — *Œil droit de Mme C.....* Éclairage oblique (obs. 14). La partie supérieure de la chambre intérieure est remplie par un kyste; en haut, kératocèle au milieu de la cicatrice de la plaie de la cornée. Cette cicatrice se prolonge latéralement sur la cornée; un lambeau d'iris donne à la tumeur une apparence bilobée.

Au côté externe, les fibres musculaires de l'iris sont comme imbriquées.

Dans la pupille, on voit la tumeur et les deux lobes situés derrière l'iris.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Vibration des membranes, leurs lois ; application à la membrane du tambour.

Chimie. — Des sulfates de potasse.

Pharmacie. — Utilité des tisanes et des apozèmes ; leur préparation.

Histoire naturelle. — De la structure et de la position des vaisseaux séveux, désignés sous le nom de laticifères.

Anatomie. — Tunique albuginée.

Physiologie. — Voix de poitrine, voix de tête, voix sombrée.

Pathologie interne. — De la présence du pus dans l'appareil circulatoire.

Pathologie externe. — Squirrhe et kyste des ovaires.

Pathologie générale. — De l'influence exercée sur les qualités physiques du sang par les maladies inflammatoires.

Anatomie pathologique. — Des acéphalocystes en général.

Accouchements. — De la procidence des extrémités supérieures du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des antimoniaux.

Médecine opératoire. — De l'opération du bec-de-lièvre.

Médecine légale. — Des monomanies incendiaire et du vol.

Hygiène. — Des émanations saturnines et de leur influence sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

LAUGIER, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.